

**Administración del Seguro Social**  
**Seguro de Jubilación, Sobrevivientes e Incapacidad**  
Aviso de Reconsideración

**Fecha:**  
**Número de reclamación:**

**Nombre**  
**Dirección**  
**Ciudad, Estado 00000**

Usted nos pidió que revisáramos su solicitud para una exención del período de espera de 24 meses para tener derecho a Medicare, basado en una alegación de esclerosis lateral amiotrófica (ALS, sus siglas en inglés). Alguien que no hizo la primera decisión revisó su caso, incluyendo cualquier nueva información que recibimos.

Usted indicó que estaba incapacitado debido a ALS comenzando (alleged ALS onset date in MM/DD/YY format). Revisamos su solicitud para una exención del período de espera de 24 meses de derecho a Medicare basado en una incapacidad de ALS. Encontramos que usted cumple con los requisitos para incapacidad por ALS efectivo (MM/DD/YY – ALS established onset date). Por lo tanto, usted tiene una exención del período de espera de derecho a Medicare efectivo en (MM/YYYY- ALS established onset date month). Usted recibirá una carta aparte explicando su derecho a beneficios de Medicare.

Esta decisión de reconsideración sobre el derecho a Medicare basado en ALS no afecta su derecho actual a beneficios por incapacidad.

**La base de nuestra decisión médica**

Se usaron los siguientes informes para decidir su caso:

La evidencia médica indica (Personalized Disability Language)

**Sobre la decisión**

Los doctores y otro personal cualificado revisaron su caso e hicieron esta decisión. Ellos trabajan para el estado en que usted vive pero usaron nuestras reglas.

Vea la próxima página